

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DES
APPENDICITES SUPPURÉES

TRAITÉES PAR LA
SIMPLE INCISION DE L'ABCÈS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Lundi 16 Mai 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles OLIVIER

Né à Toulon, le 12 janvier 1871



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

78, rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

—
1898

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DES
APPENDICITES SUPPURÉES
TRAITÉES PAR LA
SIMPLE INCISION DE L'ABCÈS

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Lundi 16 Mai 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles OLIVIER

Né à Toulon, le 12 janvier 1871



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

78, rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

—
1898

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN
LACASSAGNE. ASSESSUR.

Professeurs honoraires

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNÉ,

Professeurs

MM.

Cliniques médicales	LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophthalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAULLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (Maurice).
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROIAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des Enfants. MM. WEILL agrégé
Accouchements POLLOSSON (Aug.). —
Botanique BEAUVISAGE. —

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
CHANDELUX	POLLOSSON (A.)	BOYER	MOREAU
BEAUVISAGE	ROCHET	VALLAS	CAUSSE, chargé des
CONDAMIN	ROLLET	SIRAUD	fonctions
COURMONT	ROQUE	DURAND	d'agrégé.
DEVIC	ROUX	DOYON	BORDIER, id.
GANGOLPHE	COLLET	BARRAL	

M. BEAUDUN, Secrétaire,

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, président ; CHANDELUX, assesseur ; GANGOLPHE et COLLET, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises, dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE LYON

A cette belle Faculté de médecine de Lyon, où nous avons passé les trois dernières années de nos études médicales, nous adressons en la quittant un reconnaissant merci. Merci à ces maîtres ayant, pour la plupart, déjà instruit tant de générations d'étudiants qui s'en vont semant par la France la bonne action de probité médicale. A tous nous voulons dire merci, car, bien que n'ayant jamais été attaché à aucun service, et ayant été par goût à Lyon, comme nous l'avions été à l'École de médecine de Marseille, un indépendant, sans attache à la hiérarchie des hôpitaux, — autre que celle de la reconnaissance, — toujours nous avons trouvé chez eux ce bienveillant accueil et cette bonne sollicitude que nos maîtres gardent à tous leurs élèves.

A Lyon, comme dans toutes les Facultés, les étudiants donnent plus particulièrement leur admiration à un maître préféré, ils se groupent en « petites chapelles ». Aussi n'oublierons-nous jamais l'escalier plutôt tortueux qui mène à cette salle des « deuxièmes

femmes » où pendant trois ans nous avons suivi avec tant d'admiration, tant de bonheur, les cliniques de M. le professeur agrégé Bouveret. C'est à cette clinique que chaque jour nous avons entendu ce maître développer avec cette simplicité qui est un des charmes de son enseignement, avec cette lucidité, cette sévérité et cette sincérité de diagnostic, ses merveilleuses leçons sur les maladies du système nerveux, les maladies du tube digestif, sur tout ce qui se présentait à son examen. Ces trois ans marqueront dans notre vie médicale la phase la plus parfaite d'activité intellectuelle, et en quittant M. le professeur agrégé Bouveret, nous tenons à lui affirmer avec tout notre cœur notre respectueuse reconnaissance et notre grand attachement.

C'est à la clinique de M. le professeur Poncet que nous avons acquis les connaissances de chirurgie que nous pouvons posséder. M. Poncet a beaucoup fait pour notre génération d'étudiants, chez lui nous avons toujours trouvé, plusieurs fois par semaine, ces si intéressantes leçons cliniques, faites sur les malades déjà examinés à la visite, et l'éminent professeur, qui est en même temps si aimable et si spirituel causeur, nous faisait toujours trouver trop brève l'heure de leçon pendant laquelle il nous tenait sous le charme de sa familière éloquence.

M. le professeur Poncet a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; il nous a aussi soutenu de sa haute autorité et de ses conseils, aussi le prions-nous d'accepter l'expression de notre dévouée reconnaissance.

Enfin, à tous les maîtres de l'École lyonnaise, tout particulièrement à MM. les professeurs Bondet, Augagneur, Pierret, à MM. les professeurs agrégés Auguste Pollosson, Roques, Jaboulay, Gangolphe, nous adressons un reconnaissant merci.

Que si un mot plus souvent que les autres semble répété dans cette préface, — et ce mot est reconnaissance, — on nous permette de dire après Pascal : « Lorsqu'un mot est plus souvent répété dans un discours, laissez-le : il en est la marque. » Et notre modeste préface est bien et veut être, en effet, modeste œuvre de reconnaissance.

C. O.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Pendant que nous suivions la clinique de M. le professeur Poncet, nous avons assisté à diverses leçons sur l'appendicite et en particulier sur son traitement. Partisan en principe de l'intervention chirurgicale, M. Poncet s'efforçait dernièrement de démontrer l'innocuité en pareil cas de l'opération, alors que le pronostic découle uniquement de la gravité de l'état du malade. Comme dans la hernie étranglée, où le pronostic de la kélotomie relève de l'état de l'intestin et non de l'acte opératoire, le pronostic de l'appendicite est subordonné à l'état de cet organe, et on ne saurait incriminer l'opération. A ce propos, M. Poncet distinguait deux variétés bien nettes d'opérations nécessitées par des accidents d'origine appendiculaire : 1° la simple et large incision avec drainage aussi parfait que possible du foyer infectieux, sans aucune tentative de recherche, et par cela même d'ablation de l'appendice ; 2° l'incision du foyer avec appendicectomie, et ablation de l'appendice malade.

La première de ces interventions peut et doit être considérée comme tout à fait innocente, il suffit d'y réfléchir un instant pour en comprendre la parfaite innocuité.

Il n'en est pas de même de la deuxième opération, qui, par suite des difficultés de trouver et de mobiliser l'appendice, en un mot par la communication rendue toujours possible dans les manœuvres chirurgicales entre le foyer infectieux et la cavité péritonéale, doit être considérée comme particulièrement dangereuse.

Cette dernière, il est vrai, est seule radicale, tout au moins en apparence, puisque, par elle seule, le corps du délit est supprimé. Mais d'après l'expérience du professeur Poncet cette résection parfois si dangereuse de l'appendice ne serait pas nécessaire, et une guérison définitive pourrait très bien être la conséquence de la simple incision du foyer.

On comprend tout l'intérêt d'une telle question. Il ne s'agit rien moins, en effet, que de substituer à la résection de l'appendice, opération longue, laborieuse, dangereuse, la simple incision sur le point le plus saillant, le plus fluctuant, opération très rapide et très innocente. C'est à ce propos que M. Poncet nous a engagé à rechercher les anciens appendiculaires qui avaient été seulement incisés, et a demandé à de nombreuses observations cliniques la confirmation de cette opinion. C'est-à-dire : que l'incision du foyer appendiculaire dans les appendicites suppurées était suffisante pour obtenir une guérison définitive, et que l'on ne devait songer en pareil cas à réséquer l'appendice, qu'autant que cet organe se présentait en quelque sorte de lui-même, et que son ablation ne pouvait, en aucune sorte, aggraver le pronostic opératoire.

HISTORIQUE

L'appendicite est aujourd'hui la maladie à la mode. La théorie très hardie du « vase clos » lancée par M. le professeur Dieulafoy a soulevé de longues et bien intéressantes discussions. L'appendicite est jeune, très jeune dans l'histoire de la littérature médicale, elle était bien peu connue il y a seulement sept ans de cela et presque inconnue lorsqu'elle causa la mort de Gambetta, mais elle a pris une belle place dans la clinique, et maintenant elle brille au premier rang.

Elle est question à la mode à l'Académie de médecine, à la Société de chirurgie, dans les revues, et enfin, — ce qui la consacre définitivement passagère du dernier bateau, — qu'on nous passe l'expression, — Alexandre Hepp lui a consacré une de ses *Quotidiennes*!

Les phénomènes morbides qui caractérisent l'appendicite sont les suivants :

Douleur fixe dans la fosse iliaque droite, précédée ou accompagnée de coliques abdominales, suivie de la for-

mation d'une tumeur douloureuse qui aboutit plus ou moins rapidement tantôt à la résolution, tantôt à la suppuration. Mais depuis soixante ans on discute soit sur le siège intra ou extra-cœcal des lésions auxquelles ressortit ce syndrome, soit sur le nom qu'il convient de lui donner.

Nous n'entreprendrons pas de raconter la genèse de l'appendicite, comment elle a été longtemps appelée typhlite et pérityphlite, comment ces deux affections sont maintenant tombées dans un discrédit complet, même un peu trop complet au dire de bien des chirurgiens. Ce sujet serait trop vaste et notre travail est plus spécialisé.

Disons seulement que les uns rattachaient ces symptômes à une inflammation primitive du cœcum, les autres à une phlegmasie ayant son origine dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, enfin d'autres encore à une perforation des parois du cœcum, amenant tantôt un phlegmon suppuré tantôt une péritonite. Tous, nous le voyons, entrevoyaient donc une lésion du cœcum, et nullement de l'appendice, dont, ainsi que le disait Mélier en 1827 « à l'ouverture des cadavres, on négligeait toujours de constater les lésions ».

Le premier cas d'appendicite publié date de 1813, il a été donné par Wegeler. Un jeune homme de dix-huit ans est pris de coliques légères qui persistent pendant quelques jours, puis survient une douleur vive, continue, circonscrite dans la fosse iliaque droite, augmentant à la moindre pression.

Constipation, hoquets, vomissements porracés, fécaloïdes. Le malade meurt. On trouve une péritonite généralisée, un cœcum gangrené. L'auteur ajoute : « Cette

altération nous a paru avoir commencé par l'appendice qui était rouge, volumineux, il contenait plusieurs calculs dont le plus gros pesait un gramme. »

L'appendicite était créée.

Mais la première publication importante faite sur l'appendicite date de 1827. Le *Journal général de médecine* publia le mémoire de Mélier, mémoire des plus remarquables qui mérite d'être analysé.

Mélier rapporte quatre observations personnelles, les trois premières sont des exemples d'appendicite perforante avec péritonite foudroyante, la quatrième, un cas d'appendicite à rechutes. Dans les trois premiers cas, Mélier insiste sur l'existence de deux phases distinctes, l'une de coliques abdominales plus ou moins vives, l'autre de douleurs fixes, localisées dans la fosse iliaque droite, suivies de tous les signes d'une péritonite aiguë : « Le malade, dit-il, en commentant sa première observation, était sujet à des coliques, il en éprouva pendant quelques jours. D'abord très fortes pendant quelques jours, elles cessèrent complètement ; on pouvait croire le malade complètement guéri. Il était dans un calme profond. Tout à coup au milieu de ce calme une douleur vive se fit sentir dans le bas-ventre, suivie des symptômes d'une péritonite aiguë, et le malade meurt en 18 heures. »

Les deux phases de l'affection : 1^o phase appendiculaire ; 2^o phase péritonéale, sont là nettement indiquées, et Mélier ne se trompe pas sur l'interprétation de ces accidents.

« J'explique ainsi, dit-il, les divers accidents et leur succession. Des matières fécales ne sont accumulées *dans l'appendice cæcal*. Cet appendice dilaté petit à petit s'est

enflammé par une sorte d'engouement puis gangrené et déchiré. Les premiers accidents, les coliques, tiennent probablement à la distension et à l'inflammation de l'appendice. Sa rupture aura donné lieu à l'épanchement qui lui-même paraît être la cause de la péritonite.

Et il ajoute, après avoir signalé la rareté de ces affections de l'appendice :

« Remarquez toutefois que les quatre observations qui font le sujet de ce mémoire ont été recueillies dans un intervalle de temps assez court, et d'eux d'entre elles par le même médecin, ce qui porterait à croire que si ces affections n'ont pas été plus souvent observées, c'est qu'on n'a pas donné assez d'attention à l'appendice, organe réputé peu important et dont à l'ouverture des cadavres on néglige de constater les lésions. »

Enfin, non seulement Mélier a exactement vu et expliqué les causes, les caractères et les conséquences de l'appendicite, mais il a encore pressenti et indiqué la possibilité du traitement chirurgical.

L'année suivante parut le mémoire de Mènière, puis le mémoire d'Albert et on perdit de vue le travail de Mélier. On ne vit et voulut voir que le cœcum. On lui créa une pathologie et une physiologie spéciales, et l'appendice continua à être un organe peu important dont à l'ouverture des cadavres on négligeait de constater les lésions.

De temps en temps paraissaient bien quelques rapports *sur une perforation spontanée de l'appendice*, ajoutant quelques faits nouveaux aux travaux de Wegeler et Mélier : La thèse de Bodart (1844, Paris), de Favre (Paris, 1852), le travail de Forget (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1850), celui de Lendet (*Arch. gén. de méd.*

1859), mais tous séparent les conséquences de ces perforations des lésions et symptômes attribués à la typhlite. La perforation n'est qu'un accident, toujours mortel, cause de péritonite généralisée.

Les chirurgiens et les médecins américains, en même temps que des chirurgiens et médecins français, replacèrent la question sur le terrain où l'avait posée Mélier. Citons le mémoire de Reginal Fitz de Boston publié en 1886 dans l'*American Journal of medical sciences*. Ce travail contient 209 cas de typhlite et pérityphlite et 257 cas d'appendicite perforante, et Fitz montre que les symptômes sont les mêmes dans les deux ordres de faits. Il établit que la péritonite peut former une collection purulente enkystée, et conclut en faveur d'une intervention précoce.

Biermer, en 1879, avait fait à peu près la même observation.

Talamon, en 1882, insiste sur l'étranglement des parois de l'appendice, cause d'une inflammation microbienne qui finirait par l'ulcérer et le perforer, opinion qui était déjà à peu près celle dernièrement présentée par M. Dieulafoy.

En 1888, Fitz dans une nouvelle publication nie l'existence de la typhlite, de la pérityphlite, il rapporte à l'appendicite les lésions qu'on rapportait à ces deux affections.

C'est aujourd'hui l'opinion à peu près unanime des médecins français que la typhlite et la pérityphlite ne sont qu'une conséquence de l'appendicite suppurée; bien plus, elles ont presque disparu de la littérature médicale; l'appendicite reste seule aujourd'hui pour expliquer les phénomènes rapportés auparavant à la typhlite et à la pérityphlite,

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Diverticulum du gros intestin, l'appendice vermiforme est attaché à la partie inférieure du cul-de-sac cœcal chez le fœtus, et, en même temps que se développe l'ampoule cœcale, occupe la partie postéro-interne de cette ampoule. L'appendice n'a chez l'homme aucun rôle, aucune utilité, il est un de ces organes, derniers vestiges de l'évolution des races, qui sont encore les preuves matérielles de cette éternelle évolution. Il représente, en effet, chez l'homme le cœcum si développé des herbivores et des rongeurs.

L'appendice n'a pas de fonction, pas de rôle physiologique, pas d'utilité. En revanche les dangers auxquels il nous expose sont incontestables. Aussi trouvera-t-on l'appendice, à juste titre, dédaigné dans les ouvrages de physiologie, et longuement étudié aujourd'hui tant par les chirurgiens que par les médecins.

Ses dimensions variables sont de 8 à 10 centimètres.

Son canal interne est très étroit. L'orifice qui le fait

communiquer avec le cœcum est à moitié fermé par un repli de la muqueuse qu'on nomme la valvule de Gerlach.

Nous avons dit que l'appendice était inséré sur la partie postéro-interne du cœcum. Ce point, dit point de Mac-Burney, correspond, sur l'abdomen, à une ligne droite joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Sa partie libre a une direction essentiellement variable. Ferguson cite 200 cas ainsi répartis :

19 fois face externe côté droit du cœcum ;

11 fois en bas ;

18 fois en dedans ;

75 fois en arrière ;

77 fois directement appliqué contre la fosse iliaque.

Sappey dit qu'on a vu l'appendice remonter jusqu'au bord tranchant du foie et entrer en contact avec la vésicule biliaire.

C'est ce qui nous explique que, dans les appendicites suppurées, on ne peut fixer d'avance le point où doit se trouver la collection purulente, ce point étant éminemment variable, puisque la position de l'appendice est elle-même si inconstante, et c'est pourquoi dans les opérations on fait tantôt l'incision lombaire, tantôt la laparotomie iliaque, tantôt même la laparotomie médiane.

Quant aux rapports du péritoine avec l'appendice ils ne paraissent pas être absolument constants. La plupart des auteurs déclarent que l'appendice est recouvert incomplètement par la séreuse et que sa partie postérieure et supérieure est en contact direct avec le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ferguson a trouvé 123 fois l'appendice libre et muni d'un mésentère propre, et 77 fois l'appendice recouvert par le péritoine.

Enfin, signalons les fossettes iléo-cœcales et spécialement l'inférieure, située entre le mésentère de l'appendice et un repli péritonéal allant de l'ilion au cœcum en passant au-dessus de la jonction des deux intestins, à leur face inférieure. On y peut mettre, d'après Trèves, « deux doigts jusqu'à la première articulation ». Aussi pourrait-on se demander, dit Talamon, si l'appendice ne pourrait parfois venir s'engager dans la fossette iléo-cœcale inférieure.

En réunissant les différentes statistiques, il paraîtrait que 20 fois sur 100, à l'autopsie de sujets morts de maladie quelconque, on trouve des lésions appendiculaires. On pourrait en conclure que peut-être devrait-on moins user du traitement chirurgical, puisque si souvent cette lésion guérit sans intervention ? Nous ne le pensons pas, et nous défendons même énergiquement de cette manière de voir, car les résultats du traitement médical de l'appendicite sont déplorables, les statistiques nous le prouvent.

Dans l'appendice on trouve environ 45 fois sur 100 des scybales, boules dures formées par des matières fécales durcies. Ces concrétions stercorales se forment soit dans l'intestin entre les replis de la muqueuse (c'est ce qui est le plus probable), et pénètrent ensuite en forçant la valvule de Gerlach, soit dans l'appendice lui-même.

Enfin, souvent un corps étranger, aiguille, noyau de fruit, ou autre corps retrouvé à l'autopsie, a été la cause de l'appendicite. Mais cette cause que l'on considérerait autrefois comme la plus générale est regardée aujourd'hui comme des plus rares, car trop souvent on prenait pour des noyaux de fruit des concrétions stercorales extrêmement dures.

L'appendice atteint par l'inflammation, celle-ci gagne les régions voisines et on trouve alors non seulement une appendicite mais une péri-appendicite. C'est là l'appendicite suppurée, le phlegmon péri-appendiculaire. Que le pus remonte, entoure d'une vaste poche purulente le cœcum, vienne former une tumeur, soit au point de MacBurney, soit dans la région lombaire, et nous avons affaire à la lésion que l'on nommait toujours autrefois la pérityphlite.

Il n'y a pas de perforation de l'appendice sans péritonite partielle. Et celle-ci peut devenir généralisée. Si des adhérences se forment entre l'appendice et les parties voisines d'une part, et les anses intestinales de l'autre, la péritonite est circonscrite. Le cas alors n'est pas grave, le malade guérira sans opération. Mais jamais malheureusement le médecin ne peut prévoir d'abord si la péritonite sera circonscrite ou généralisée, et ensuite, dans le cas où la péritonite circonscrite guérirait parfaitement, il ne peut affirmer — il s'en faut de beaucoup — que de nouvelles poussées inflammatoires ne se produiront pas.

Si les adhérences ne se font pas, — et le cas se présente surtout lorsque l'appendicite se produit avec ce cortège dramatique qu'elle affectionne souvent, lorsque la perforation arrive dans les quarante-huit premières heures, — la péritonite est d'emblée généralisée. En ce cas, les microbes de l'intestin, coli, staphylocoques, streptocoques, etc., se répandent dans le péritoine, et la mort est la règle si une rapide laparotomie n'est pas tentée, même *in extremis*.

Le pus est rarement phlegmoneux, il est plutôt fluide, louche, verdâtre, grumeleux, d'odeur fécaloïde, conte-

nant des lambeaux de fausses membranes. Souvent même on trouve des gaz dans la poche purulente.

En résumé, on divise les appendicites en appendicites iliaques, pré-rectales, sous-ombilicales et lombaires. Ces noms désignent assez clairement la position de l'appendice et de l'abcès pour qu'il ne soit pas nécessaire de les décrire.

III

PATHOGÉNIE

La communication de M. le professeur Dieulafoy sur la pathogénie de l'appendice a soulevé de si interminables débats que nous ne saurions prétendre résumer toutes les opinions qui après l'éminent professeur ont été émises sur la pathogénie de l'appendicite. Rappelons la théorie de M. Dieulafoy.

« L'appendicite, dit-il, ou, si l'on préfère, les accidents appendiculaires et accidents péritonéaux résultent de la transformation d'une partie du canal appendiculaire en une cavité close dans laquelle s'élabore un foyer d'infection et d'intoxication dû à l'exaltation de la virulence des microbes emprisonnés. »

Cette obturation de l'appendice peut d'après M. le professeur Dieulafoy se produire suivant trois manières : 1^o obturation par un calcul (calcul formé soit par des scybales, soit par un vrai processus de lithiase) ; 2^o oblitération par tuméfaction des parois du canal appendiculaire ; 3^o obturation du canal par flexion, torsion, coudure

du canal. Mais toujours l'appendicite est le résultat de la fermeture du canal appendiculaire ainsi transformé en cavité close.

Il est de fait que toutes les causes autrefois invoquées pour expliquer l'appendicite, atonie de l'intestin, boulimie, colite, rigidité de la valvule de Bauhin, actinomyose, sont loin de satisfaire nos auteurs modernes. Mais cependant la théorie de M. le professeur Dieulafoy a soulevé nombre de contestations, et l'on peut dire que d'une façon générale elle n'est guère acceptée comme unique cause de l'appendicite. Sans doute aucun, nombreux sont les cas dans lesquels l'appendice, ayant son canal obturé par une des causes invoquées par M. Dieulafoy, a subi le processus morbide de l'appendicite mais ce qu'on reproche à M. Dieulafoy c'est d'avoir posé en principe que toujours l'appendicite avait pour cause la transformation de l'appendice en « vase clos ».

Car d'une part on aurait rencontré des cas dans lesquels l'appendice s'était trouvé transformé en une cavité close sans être cependant devenu le point de départ des lésions de l'appendicite, d'autre part des appendices ont été réséqués, dans des appendicites qui, non seulement n'offraient aucune trace de rétrécissement, mais présentaient même un calibre absolument normal sans qu'on y puisse constater aucun phénomène de rétention (Brun, *Société de chirurgie*, 2 décembre 1896).

Nous citerons ainsi après l'opinion de M. Dieulafoy soutenue aussi jadis par M. Talamon, l'opinion de M. Reclus, qu'il nomme théorie de la stagnation. D'après M. Reclus la position de l'appendice par rapport au cœcum explique à elle seule les phénomènes d'appendicite, car

il est naturel que l'appendice, ce prolongement du cœcum, soit tout à fait bien placé pour recevoir des matières fécales, qui par leur stagnation déterminent des phénomènes inflammatoires. Il compare ainsi l'organe malade à une véritable fistule borgne interne.

Disons encore que M. Poirier se rattacherait volontiers à la théorie mécanique par torsion et que M. Pozzi accepterait volontiers la théorie du « vase clos ».

Notre éminent président de thèse, M. le professeur Poncet, dans sa communication à l'Académie de médecine du 29 mai 1896, a déclaré que sur quinze résections de l'appendice pratiquées avec M. Jaboulay, il n'en a pas trouvé une seule dont les résultats soient favorables à la théorie de la cavité close.

L'occlusion temporaire ou permanente de l'appendice iléo-cœcal ne saurait être considérée comme la condition *sine qua non* de la colique et du phlegmon appendiculaire. Comme l'a fait remarquer M. Laveran, dit M. le professeur Poncet, les rétrécissements constatés sur les appendices enflammés sont la plupart du temps le résultat et non la cause de l'appendicite. La seule cause nettement démontrée de l'appendicite est l'infection. C'est elle qui suivant sa gravité donne à la maladie ses caractères divers.

IV

OPÉRATION

L'appendicite peut se présenter sous trois formes :

- 1° Appendicite avec péritonite généralisée ;
- 2° Appendicite simple ou avec péritonite plastique ;
- 3° Appendicite chronique ou à répétition.

Ces trois formes sous lesquelles peut se présenter l'appendicite ne sont pas également fréquentes et ne comportent pas le même traitement. C'est ainsi que l'appendicite avec péritonite généralisée est la forme heureusement la plus rare et celle dont le pronostic est le plus sombre. L'intervention chirurgicale y est absolument obligatoire. — L'appendicite simple ou avec péritonite plastique est la moins grave, c'est celle qui guérit très souvent sans intervention chirurgicale, aussi l'appelle-t-on parfois appendicite médicale. — Enfin l'appendicite chronique nécessite aussi l'intervention, celle-ci souvent à froid, avec pronostic excellent.

Trouve-t-on dans ces trois formes l'appendice avec autant de facilité ?

Généralement assez aisé à découvrir dans la deuxième forme, il peut dans les cas d'appendicite à répétition et d'appendicite avec péritonite généralisée être absolument introuvable; on conçoit en effet que lorsque l'intestin est bridé de toutes parts par des adhérences, lorsque ses rapports sont détruits, lorsqu'il baigne dans une abondante masse de pus qui peut dépasser un litre, lorsque cet organe est tuméfié, déformé, ouvert, on conçoit qu'il soit difficile à découvrir.

Mais, objectera-t-on, la connaissance exacte des rapports de l'appendice à l'état normal n'aidera-t-elle pas le praticien pour la découverte de cet organe, même dans les cas où l'appendice est difficile à découvrir ?

Non. Et d'ailleurs on sait combien variable est à l'état normal la position de l'appendice iléo-cœcal. Les différentes statistiques de Lafforgue (1), de Fergusson (2), de Hartley (3), de Biggs (4), montrent que l'appendice peut occuper toutes les positions autour du cœcum. Peut-être pourtant sa position à la partie postérieure du cœcum serait-elle plus fréquente.

Dans un rapport à la Société anatomique (1892) Leguen a fait remarquer que dans 55 p. 100 des enfants le cœcum est situé au-devant du rein et non dans la fosse iliaque.

M. Variot (5) a également signalé la migration du

(1) LAFFORGUE, in TESTUT, *Anatomie humaine*, III, 542.

(2) FERGUSSON, in TALAMON, p. 35.

(3) HARTLEY, *ibid.* p. 36.

(4) BIGGS, *ibid.* p. 36.

(5) VARIOT, *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 27 août 1896.

cœcum chez l'enfant. Cette partie de l'intestin descend de la région moyenne de l'abdomen au-dessous du foie pour se diriger vers la fosse iliaque droite. La longueur et la direction de l'appendice vermiforme sont des plus variables.

Si donc on voit qu'il est bon de se souvenir que chez l'enfant l'appendice peut être situé plus haut, on voit que chez l'adulte on ne peut tirer aucune conclusion pratique des données d'anatomie. D'ailleurs, nous l'avons dit, connaîtrait-on la situation primitive de l'appendice qu'il pourrait encore être introuvable à cause des adhérences qui se forment entre l'appendice et les masses intestinales ou qui unissent ces dernières entre elles. M. Guyon à l'autopsie d'une femme qu'on croyait atteinte d'un néoplasme vésical a trouvé l'appendice situé entre l'utérus et la vessie !

Challiol dans sa thèse sur la dissection à froid de l'appendice cite le cas de Wyeth qui après des recherches prolongées rencontra l'appendice plongé dans le bassin au-dessous de l'artère iliaque, adhérent à cette artère et au fascia iliaca.

M. Routier (1) a montré que les cas où l'appendice a résisté, ne s'est pas perforé, et où une péritonite adhésive l'englobe, présentent quelquefois de réelles difficultés à trouver l'appendice, soit parce qu'il est appliqué contre la paroi du pelvis, soit parce qu'il se confond avec le cœcum ou l'intestin grêle. « Dans un de ces cas, dit ce chirurgien, je n'ai pu découvrir l'appendice qu'en explorant toute la circonférence du cœcum par pincement,

(1) ROUTIER, Discussion sur l'appendicite, *Société de chirurgie*, 17 juillet 1895.

j'avais amené au dehors le cœcum et la terminaison de l'intestin grêle, il était impossible sur quelque face qu'on les retournât de voir l'appendice. C'est en pinçant successivement tout le pourtour de la paroi cœcale que je finis par le découvrir le long d'une des bandes musculaires longitudinales, comme une sorte de cordon, gros du reste comme le doigt, que je pus disséquer à la pince et au bistouri. Cet appendice siégeait sur la face profonde du cœcum. »

On voit toute la prudence qu'il est nécessaire d'apporter dans le dégagement des adhérences. On peut en effet ouvrir l'appendice, surtout s'il est rempli de pus, on peut intéresser les organes voisins, intestin, uretère, vessie, utérus, etc. Même il n'est pas impossible de confondre l'appendice vermiciforme avec un uretère dilaté (Trèves).

Enfin, nombreux sont les cas où malgré toutes les recherches l'appendice est introuvable. D'autres fois l'appendice est bien vu, deviné, senti, mais il est impossible de l'enlever tant solides sont les adhérences qui le brident.

M. Reclus (1) cite le cas d'un chirurgien qu'il assistait et qui n'a pu réussir à dégager et même à voir l'appendice. Il s'agissait d'un de ces cas où les adhérences intestinales sont unies par des brides solides et où l'appendice perdu dans des néomembranes s'isole avec peine du cœcum.

Dans un cas cité par M. Quénu (2) la laparotomie conduisit sur une masse formée par le grand épiploon. Au-

(1) RECLUS, Discussion, *Société de chirurgie*, 17 février 1892.

(2) QUÉNU, *Appendicite à répétition*. Libération du cœcum sans résection de l'appendice. Guérison. — *Société de chirurgie*, 22 nov. 1893.

dessous se trouvait le cœcum perdu dans un magma d'adhérences au milieu duquel il fut impossible de retrouver l'appendice.

Dans un autre cas du même auteur les adhérences ne permirent pas de séparer l'intestin de la fosse iliaque. C'est dans cette gangue que se trouvait vraisemblablement enfoui l'appendice. Il fut donc impossible de le réséquer. Les choses furent laissées en l'état et le ventre refermé.

On voit donc combien dangereuse est souvent la recherche de l'appendice. Recherche pénible et très longue, durée plus grande de l'opération, — or on sait combien la durée plus grande de l'opération en assombrit le pronostic, — enfin, danger de léser des organes importants, souvent difficiles à reconnaître, tels sont les dangers de la résection de l'appendice. Ajoutons la possibilité d'hémorragies, la déchirure de l'appendice, la plus grande possibilité d'accidents septiques, enfin, éventration, hernies ventrales plus fréquentes après une longue et pénible opération qu'après une simple incision de la paroi abdominale. Aussi est-ce une erreur de dire que même dans l'appendicectomie à froid la mortalité doit être réduite à zéro si l'opération est bien pratiquée. Trop nombreux sont les cas qui viennent démentir cette affirmation trop optimiste.

On sent donc quel puissant intérêt s'attache à cette question : une appendicite suppurée, à quelque degré qu'atteigne la suppuration, peut-elle guérir par la simple incision suivie d'évacuation du pus, sans résection de l'appendice ?

M. le professeur Poncet et M. le professeur agrégé Jaboulay s'occupèrent déjà de ce point de technique opé-

ratoire dans leur communication d'octobre 1892 à la Société de chirurgie (1), disant que :

« L'appendice sera recherché et réséqué si les manœuvres pour arriver à ce résultat ne sont pas dangereuses pour l'infection du reste du péritoine. »

M. Quénu dans sa communication du 6 décembre 1893 défendit aussi cette cause, s'appuyant sur deux résultats favorables de non-intervention. « Il n'est pas toujours possible quand on opère dans l'intervalle des crises d'enlever ou de découvrir l'appendice. En pareille circonstance on ne doit pas s'acharner à sa recherche. Il faut se contenter de libérer le plus possible le cœcum, d'en détacher les adhérences; ces résultats, ajoute M. Quénu (les deux cas avaient été suivis de guérison), sont encourageants pour ceux qui comme nous conseillent l'intervention dans l'intervalle des crises, car la principale objection des abstentionnistes est celle où l'on se trouve parfois de découvrir l'appendice. »

Dans la thèse de Chaillol (décembre 1894) M. le professeur Poncet déclarait avoir obtenu deux guérisons définitives sans résection de l'appendice. Chaillol cite aussi une observation de M. Quénu.

M. le professeur Poncet a bien voulu nous communiquer treize observations de malades opérés par lui sans résection de l'appendice. Sur ces treize malades aucun n'a eu de récurrence, tous sont guéris, sauf l'un d'eux, le nommé G... dont l'observation est ci-jointe, mais ce malade lorsqu'il entra à la salle Saint-Philippe venait du service de M. le professeur Lépine dans lequel il était

(1) PONCET ET JABOULAY, *Vingt-sept observations d'appendicite*.

entré avec le diagnostic de tuberculose. La feuille du service de médecine le déclarait atteint d'infiltration aux deux sommets, une opération d'appendicite faite chez un tuberculeux pouvait parfaitement ne pas donner des résultats favorables. Des autres malades, l'un nous accuse dans sa lettre des maladies de toutes sortes plus ou moins en rapport avec son ancienne lésion, deux autres pendant quelque temps ont eu une légère douleur et même une petite tuméfaction dans la fosse iliaque droite après des journées plus fatigantes, les autres n'ont plus rien ressenti.

Un de ces malades, M. le médecin-major X..., a bien voulu dans une aimable réponse nous autoriser à mentionner sa lettre dans notre thèse. « Depuis mon opération qui remonte à quatre ans, dit M. X..., jamais je n'ai eu à me plaindre de mon flanc, jamais de colique appendiculaire, ni de névralgie, aucun trouble du côté de l'intestin pouvant indiquer des adhérences intestinales, aucun tiraillement de la cicatrice. Rien, absolument rien, et cependant je mène une existence active, exigeant un fonctionnement parfait des muscles abdominaux, je monte à cheval, et durant les périodes de manœuvres je suis resté parfois huit à dix heures de suite à cheval. Je ne porte bien entendu ni bandage ni ceinture, ma cicatrice est linéaire, les lèvres en sont très rapprochées, et il n'existe aucune tendance de l'intestin à faire hernie. Depuis mon rétablissement, je n'ai pas interrompu mon service un seul jour. »

Dans les observations de MM. Jaboulay, Laroyenne, Weill, Nové-Josserand, nous n'avons trouvé que des résultats favorables. De même dans les observations déjà

éditées que nous citons on verra que les résultats sont toujours excellents. Nous n'avons nullement recherché des cas favorables à la conservation de l'appendice, et d'ailleurs M. le professeur Poncet nous avait bien déclaré qu'il nous demandait une simple statistique, quel qu'en soit le résultat.

Nous n'avons nullement la prétention cependant de vouloir poser en principe que jamais après la non-réséction il n'y aura de récurrence. Il y en a eu et elles sont relatées par Kummel de Hambourg (1). Roux de Lausanne (2), Moty (3), Porter (4), et bien d'autres chirurgiens des plus éminents pensent que jamais, si l'appendice n'est pas réséqué, on ne peut considérer le malade comme guéri.

Qu'on dise qu'il peut y avoir des récurrences, soit, mais que sûrement il y en aura, non, évidemment non, nous citons des observations datant de quatre ans, de six ans, il nous paraît que c'est là un laps de temps suffisant pour affirmer la guérison. Beaucoup de nos malades mènent une existence des plus actives, même des plus pénibles, et des années se sont écoulées, et aucune récurrence n'a eu lieu.

(1) KUMMEL, *Guérison radicale de la pérityphlite par la résection du processus vermiforme*, 19^e Congrès des chirurgiens allemands. Berlin, 1894.

(2) ROUX, *Quatre-vingt-quinze opérations d'appendicite*. Congrès français de chirurgie, octobre 1895. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1892.

(3) MOTY, *Soc. chirurg.*, 2 mars 1892.

(4) PORTER (Thèse de Chaillol, Lyon 1894.)

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à la bienveillance de M. le professeur PONCET

X., Léon, âgé de 12 ans. — Entré à l'Hôtel-Dieu le 5 décembre 1896. Sorti le 5 janvier 1897, dans le service de M. le professeur Poncet. Salle Saint-Philippe, n° 17.

Pas d'antécédents héréditaires.

Une rougeole, un « coup de sang » au ventre, il y a quatre mois. Phénomènes douloureux digestifs qui, ayant recommencé il y a quinze jours, ont nécessité l'entrée à l'Hôtel-Dieu.

La veille, le malade avait beaucoup sauté et transpiré. Il fut pris de douleurs dans l'abdomen et obligé de se coucher.

Constipation opiniâtre, fièvre, frissons...

A l'entrée : langue rôtie et sèche ; peau chaude et pulvérulente, ventre hypertendu et très douloureux. A droite, empatement facile à sentir ; œdème léger de la peau.

Au toucher, on sent à droite un vaste plastron.

Le 5 décembre 1896, opération pratiquée par M. le professeur Poncet. — Incision classique couche par couche, muscles congestionnés et sombres. Le bistouri donne issue à un flot de pus fétide à odeur intestinale.

Le doigt introduit perçoit une vaste cavité qui se prolonge sur la ligne médiane jusqu'à la cavité de Retzius. On évacue la cavité.

Drain debout, gaze iodoformée.

Une alerte à la fin de l'opération, par suite de mucosités dans la trachée. La respiration artificielle, l'électricité et les tractions rythmées de la langue raniment facilement le malade.

Le 6 décembre, la fièvre est tombée.

État général satisfaisant.

Le 5 janvier 1897, le malade est guéri.

Le 6 février 1898, c'est-à-dire quatorze mois après, nous écrivons à la famille du jeune X... On nous répond que l'enfant est guéri, mais a ressenti parfois des douleurs dans le ventre après avoir couru plus que d'habitude. On percevait une petite tuméfaction à la place où avait été pratiquée l'opération, puis assez vite tout disparaissait. « Il n'a plus rien ressenti depuis quatre mois et se porte tout à fait bien. »

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le professeur PONCET

X.. Claude, vingt-cinq ans, cultivateur. Entré à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} juillet 1897, dans le service de M. le professeur Poncet.

Pas d'antécédents héréditaires.

Bonne santé habituelle. Aucune maladie notable.

Il y a deux ans, eut une crise d'appendicite (diagnostic de son médecin) caractérisée par des vomissements, douleurs dans la fosse iliaque droite ; pas de ballonnement ni de constipation. Les douleurs ne présentaient pas d'irradiations.

En huit jours tout fut terminé.

Il y a deux mois, nouvelle crise, avec les mêmes symptômes, enfin, quinze jours après, nouvelle crise qui décide le malade à une opération. Les dernières crises ont été semblables à la première et ont duré huit à dix jours au plus.

Actuellement, ce jeune homme a toutes les apparences de la santé et ne souffre pas.

La palpation de la fosse iliaque droite est plutôt négative. Peut-être pourtant, y a-t-il profondément un noyau sensiblement mobile ; en tous cas, il n'est nullement douloureux.

Rien dans les autres organes.

Ce jeune homme demande à être opéré pour éviter la rechute de ces crises qui l'ont beaucoup effrayé.

3 juillet. — Opération pratiquée par M. le professeur Poncet.

Éthérisation. — Incision parallèle à l'arcade crurale et remontant sur le bord de la crête iliaque, on y ajoute une petite incision perpendiculaire de 10 centimètres de longueur. Très grande épaisseur de la couche musculaire qui est aussi très vasculaire.

Pas d'adhérences du cœcum.

L'appendice est gros, très long. Il remonte en arrière du cœcum, accolé à lui et adhérent fortement. Il est très difficile de l'isoler. On craint l'ouverture de l'intestin. Manœuvres infructueuses qui ne sont pas prolongées.

On place un drain de gaze iodoformée dans la plaie, remontant jusqu'à l'appendice pour faciliter les adhérences et l'occlusion de l'appendice. Fermeture de l'incision avec deux plans : un péritonéal au catgut, une couche musculo-cutanée au fil d'argent, là où ressort la gaze iodoformée.

Pansement.

Le soir. Température : 37°6.

Pouls : 80 ; très bon.

Pas de hoquet, rien d'anormal. En somme, le malade va très bien.

15 août. — A eu depuis une légère suppuration.

Plus de douleurs.

Le malade part à peu près cicatrisé.

X..., à qui nous écrivons en février 1898, six mois après l'opération, déclare avoir ressenti à plusieurs reprises quelques douleurs dans la fosse iliaque droite. « La durée en fut très courte », dit-il. Depuis un mois il n'a plus rien ressenti.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le professeur PONCET

T..., René, treize ans, entré le 29 juin 1896 dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Philippe où il occupait le lit n° 7.

Le jeune T... rentra de l'école un samedi avec de violentes douleurs abdominales. On le fit coucher, et les médications plus ou moins utiles que lui donnèrent ses parents ne donnèrent aucun résultat.

Le docteur X... ordonne une vessie de glace sur le ventre et des purgatifs. Le lendemain l'état du petit malade avait empiré. La nuit suivante fut encore plus mauvaise. Le lundi matin l'enfant fut envoyé à l'Hôtel-Dieu et admis d'urgence dans le service de M. le professeur Poncet. Il fut opéré le lendemain. L'appendice introuvable ne fut donc pas réséqué. L'enfant sortit de l'Hôtel-Dieu trois semaines plus tard guéri.

La mère du jeune T... que nous avons vue le 23 février 1898 (deux ans après) nous a déclaré que son enfant depuis l'opération n'avait plus jamais souffert du ventre et était absolument guéri.

OBSERVATION IV

Société de chirurgie. Séance du 17 juillet 1895.

Communication de M. TUFFIER.

L..., huit ans, enfant d'apparence chétive, a été pris plusieurs semaines avant notre visite d'accidents péritonéaux subaigus qu'une série de médecins consultés ont été unanimes à attribuer à une péritonite aiguë généralisée. Depuis quelques jours la situation s'était aggravée à un point tel que je trouvai le malade dans la situation suivante : les muscles émaciés, la face pâle,

amaigrie et grippée, avec un abdomen énorme, régulièrement distendu comme dans la péritonite la plus intense.

Le pouls à peine perceptible, les extrémités refroidies. La percussion donne une sonorité générale, mais il existe dans la fosse iliaque droite un empâtement avec douleur localisée.

En présence de ces accidents je porte le diagnostic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire, et le petit malade paraissait dans un état tellement précaire que je le déclarai incapable de supporter l'intervention.

Cependant sur la demande expresse des parents, et sur les instances de mon confrère le Dr Jean, je consentis à intervenir et le 28 septembre 1894 à 5 heures du soir, je pratiquai rapidement, in extremis après inhalation de quelques gouttes de chloroforme une incision latérale. J'arrive directement sur le péritoine, je l'incise, et il s'en écoule environ trois litres de pus fécaloïde infect. J'introduis un doigt dans l'abdomen sans trouver aucune limite du foyer et je pus ainsi avec une longue pince remonter en haut de la région de l'appendice au diaphragme, descendre en bas dans le cul-de-sac recto-vésical, et latéralement d'une fosse iliaque à l'autre. Cette simple intervention, si rapide qu'elle fût, avait fait disparaître complètement le pouls, si bien que je m'empressai de faire un tamponnement avec plusieurs paquets de gaze iodoformée.

Je fis un pansement rapide et remis le malade dans son lit, convaincu qu'il ne survivrait que quelques instants à l'opération.

Malgré cela, séance tenante, je lui fis des injections de caféine, d'éther et de sérum artificiel. Je l'entourai de boules d'eau chaude, et j'avoue que ma surprise fut grande quand le lendemain je reçus un télégramme disant que le pansement était traversé et me priant de venir le refaire.

Le petit malade était encore dans le collapsus, cependant le pouls était perceptible. Au troisième jour apparaissaient des pétéchiés et une hématurie qui persista pendant cinq jours. Puis un œdème double des membres inférieurs, sans phlébite.

Des matières stercorales s'écoulèrent quelques jours par la plaie abdominale. Cependant deux mois après l'enfant était complètement guéri, sans fistule.

Aujourd'hui (juillet 1895, c'est-à-dire dix mois après) il est en parfaite santé.

OBSERVATION V

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris,
par le professeur DIEULAFOY (1898).

Le 28 novembre 1895, dans une famille dont je suis depuis longtemps le médecin, j'étais appelé à huit heures du matin par une dame de soixante-douze ans qui avait eu pendant la nuit de vives douleurs dans le ventre. L'avant-veille cette dame était sortie comme d'habitude, elle avait été chez son dentiste, et la veille elle se sentait bien portante sans avoir ressenti le moindre trouble intestinal. Je l'examine, je constate que les douleurs abdominales ont nettement leur maximum d'intensité à la zone appendiculaire. La température était normale, mais le pouls était de mauvaise qualité, et l'expression du visage ne me satisfaisait pas : *ça sentait la péritonite*.

Je fais le diagnostic d'appendicite, et redoutant une septicémie péritonéale dont j'ai appris à me méfier, je décide immédiatement l'opération chirurgicale et en arrivant à l'hôpital Necker, où je savais trouver mon collègue M. Routier, je lui demande de vouloir bien se charger de l'opération. Dans la journée nous allons voir la malade. La fièvre montait. Il y avait une température de 38°5, le pouls n'était pas de bonne qualité, la fosse iliaque était douloureuse, moins sonore que le reste du ventre, le visage était altéré, la péritonite était menaçante, peut-être même était-elle déjà déclarée, et cependant le début des accidents ne remontait même pas à vingt-quatre heures. L'opération fut faite le soir même, fort heureusement, car la malade était en pleine période diffuse.

L'appendice était turgide et violacé, mais il ne fut pas enlevé. Je passe sur les détails et sur les suites de l'opération. Cette malade âgée de soixante-douze ans a complètement guéri. Un an plus tard la cicatrice devenait douloureuse, une phlyctène se formait, s'ulcérail, et à travers les téguments on put cueillir le gros calcul appendiculaire qui avait tranquillement cheminé à travers les tissus adhérents.

OBSERVATIONS VI, VII et VIII

Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1893.

Communication de M. RÉGNIER, p. 454.

Chez deux malades traités par la simple incision des abcès, et suivis par moi, la guérison persiste depuis deux ans.

L'année dernière j'ai eu l'occasion d'intervenir chez un malade qui présentait au début des accidents de péritonite généralisée. J'ai attendu. Il y a eu localisation des phénomènes au niveau de la région cœcale, et j'ai pu ainsi pratiquer une intervention beaucoup plus sûre.

Il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans, tuberculeux, ayant présenté antérieurement une constipation opiniâtre. En juin 1892 il fut pris subitement de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite.

Je le vis pour la première fois le 23 juin et je constatai des signes de péritonite généralisée, vomissements, ballonnement du ventre. Pendant dix jours je m'en tins à l'expectation. Les accidents se limitèrent à la fosse iliaque droite, et il se produisit une voussure. Le 3 juillet, j'intervins en faisant une incision parallèle au muscle droit. Il y eut issue de pus mélangé de matières intestinales. Trois jours après les matières fécales faisaient issue par la plaie, au bout d'un mois la cicatrisation était complète. Le malade se porte bien depuis.

OBSERVATIONS IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV

**Sept cas d'appendicite guérie par la simple
laparotomie iliaque.**

Communication au Congrès français de chirurgie par M. MAUNY
de Saintes (*Revue de chirurgie*, 1895.)

Sur sept cas d'appendicite qu'il a eu l'occasion de traiter par la laparotomie, M. Mauny a rencontré trois fois la forme la plus simple, c'est-à-dire l'abcès iliaque, et dans ces trois cas il a observé une guérison rapide. Deux fois il a eu affaire à des abcès abdominaux multiples plus ou moins éloignés du foyer primitif. Il a fait la laparotomie, a ouvert la collection et pratiqué le lavage et le drainage du péritoine. Ces deux malades ont guéri. Enfin, il est intervenu avec succès pour deux cas extrêmement graves, chez des malades in extremis, en pleine péritonite. L'un d'eux a conservé à la suite de l'intervention une fistule tercorales qui a persisté neuf mois et a guéri spontanément.

OBSERVATION XIV

Service de M. le professeur LAROYENNE.
BOUILLIER. Thèse de Lyon, novembre 1897.

Hélène M..., trente-cinq ans, ménagère, entre à la clinique le 18 mars 1897.

Antécédents : Fièvre typhoïde il y a sept ans. Consécutivement paralysie du membre supérieur droit, dont il ne reste plus trace. Six accouchements normaux. Une fausse couche.

Il y a six ans, la malade accoucha d'un enfant porteur d'une main bote. Cet enfant vécut vingt jours.

Actuellement la malade est enceinte de trois mois et demi.

Au début de sa grossesse elle a eu des vomissements souvent répétés pendant le premier mois. Ces vomissements avaient disparu lorsqu'il y a deux mois, ils ont de nouveau apparu en même temps que la malade éprouvait de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Depuis seize jours ces douleurs ont revêtu une acuité plus marquée. Vomissements bilieux fréquents, constipation.

Le facies de la malade est peu altéré. La langue est saburrale.

Température 39°. Douleur spontanée dans la fosse iliaque droite, et rendue beaucoup plus vive par la pression au point de Mac Burney.

On constate dans la fosse iliaque droite la présence d'une tuméfaction dont les limites exactes sont difficiles à préciser. Le toucher vaginal ne permet pas de se renseigner d'une façon certaine sur le volume et les rapports de cette tumeur.

Jusqu'au 2 avril la température s'est maintenue, le soir, vers 39° et a oscillé le matin vers 38°. Les signes locaux persistent

Bon état général.

Intervention. — On intervient le 2 avril.

Incision faite dans la fosse iliaque droite un peu au-dessus de l'arcade de Fallope. Elle mesure 6 centimètres. Il sort environ 400 grammes de pus. L'appendice ne se présente pas, et après lavage on draine avec une mèche de gaze. On suture avec du fil d'attente. Le soir, température 38°6.

3 avril. — Température 37°3. La malade va bien.

5 avril. — Hier soir, température 37°7. Le matin 37°3.

18 avril. — Depuis le 5 avril la température n'a jamais dépassé 37°. La grossesse a continué normalement son cours et la malade quitte l'hôpital. La plaie n'est pas encore refermée.

25 mai. — La malade va bien. On constate encore un peu d'empâtement dans la fosse iliaque droite. La plaie est presque cicatrisée.

26 mai. — Plus de douleurs abdominales. La malade se plaint d'une grande faiblesse et de douleurs irradiées au bras droit.

Ces douleurs sont analogues à celles ressenties il y a sept ans pendant sa convalescence de dothiéntérie.

A la fin d'août la malade a accouché normalement d'un enfant bien portant.

OBSERVATION XVII

M. WEILL. (Thèse de Lyon. Dr LAVABRE, décembre 1897)

X..., onze ans, 7 décembre 1896.

Père rhumatisant. Mère bien portante. Personnellement broncho-pneumonie dans son bas âge.

Depuis l'âge de neuf ans le malade a eu à trois reprises des crises douloureuses, caractérisées par de vives coliques s'accompagnant de vomissements. Ces accès ne duraient que vingt-quatre heures environ, puis tout rentrait dans l'ordre, et il ne persistait aucun vestige des accidents antérieurs.

Début de l'affection actuelle subitement le 2 décembre 1894 par de vives douleurs abdominales. Ces coliques sont apparues brusquement à l'école. Dès le début elles étaient diffusées dans tout le ventre. Elles n'ont pas tardé à s'accompagner de nausées et de vomissements. Le malade rendait tout ce qu'il prenait. En même temps constipation très marquée dont on ne triomphait que par des lavements.

Un médecin appelé dès le début des accidents a vu le malade tous les jours jusqu'au 7 décembre. Il a pris régulièrement la température, il n'a jamais constaté le moindre état fébrile, pas même un 38°. Cependant l'état général avait été touché, le malade était abattu, ses traits étaient tirés.

En présence de ces symptômes assez vagues de prime abord, le médecin traitant pensait à une affection intestinale d'origine rhumatismale.

M. le professeur agrégé Weill voit le malade le 7 décembre. Après un examen soigneux, il porte le diagnostic d'appendicite et d'appendicite suppurée. On ne sentait pas dans la fosse

iliaque droite d'empatement bien manifeste. A plus forte raison on ne pouvait pas délimiter la collection. On notait seulement de l'hyperesthésie de la paroi abdominale à droite, par la pression on déterminait dans l'intervalle des crises, une douleur vive dans la fosse iliaque droite, tandis qu'à gauche la pression était indolore. La paroi abdominale présentait également à droite un certain degré de contracture des muscles de la paroi. C'est sur ces symptômes que s'est fondé M. Weill pour affirmer l'existence du pus malgré l'absence de la fièvre.

Il propose à la famille, qui l'accepte, une intervention. Elle est pratiquée le 9 décembre.

Incision classique de Roux. On tombe directement dans la grande cavité péritonéale qui renferme une légère quantité de liquide citrin. On examine délicatement la région appendiculocœcale. Le doigt explorateur provoque presque aussitôt la rupture d'une collection renfermant une assez grande quantité de pus, et située entre les anses intestinales. La lumière qui la limitait était donc très fragile et n'aurait pas tardé sans doute à se rompre spontanément si l'on n'était pas intervenu.

Suites opératoires excellentes. Le 26 décembre le malade était complètement guéri.

Actuellement, — un an après, — il se porte bien et n'a plus eu de nouvelles crises appendiculaires.

OBSERVATION XVIII

M. NOVÉ-JOSSERAND

C... Auguste, vingt-trois ans, entre à la Croix-Rousse le 26 août 1896, atteint d'appendicite aiguë ayant débuté quinze jours auparavant par des symptômes généraux et de la douleur dans la fosse iliaque droite. Tous les symptômes se sont très amendés, et, au moment de son entrée, le malade ne demandait qu'à manger et à se lever. Mais la température se maintient à 38°5 et l'on sent dans la région iliaque une tuméfaction non adhé-

rente à la paroi et du volume presque du poing. Le malade se décide à l'intervention.

Incision de Roux prolongée loin en haut. On reconnaît sans ouvrir le péritoine que la fosse iliaque est libre, mais le tissu sous-péritonéal est un peu induré en arrière.

En suivant avec le doigt cette induration on finit après avoir décollé le péritoine très loin (au moins 0^m40 de profondeur) par atteindre un petit abcès du volume d'un œuf qu'on draine.

Aucune réaction péritonéale ; mais pendant deux jours élévation de température. Près de 40°. Après quoi il s'établit une fistule stercorale qui guérit seule en un mois.

Le malade sort guéri le 30 octobre.

Nous avons eu de ses nouvelles le 30 août 1897 ; sa santé est très bonne.

OBSERVATION XIX

M. NOVÉ-JOSSERAND

X..., fillette de dix à douze ans, opérée à la Charité en 1894 au dixième jour d'une appendicite aiguë. L'élévation de la température et les signes locaux indiquent l'existence du pus. Localement région cœcale libre, induration très en dehors, appliquée contre la crête iliaque.

Incision de Roux jusque dans le tissu sous-péritonéal. Là, reconnaissant que le péritoine est sain, et voyant par transparence les intestins libres et mobiles, sans l'ouvrir, M. Nové-Josserand se reporte en dehors sur l'induration en déchirant avec les doigts les tissus sur cette dernière. Il arrive facilement sur un abcès occupant la face postérieure du cœcum où il constate l'existence d'une perforation qui admet l'extrémité du doigt.

L'appendice n'a pas été vu.

Suites simples, sauf une fistule stercorale guérie en trois semaines spontanément. La malade revue depuis nous a déclaré être guérie.

OBSERVATION XX

due à la bienveillance de M. le professeur PONCET

F... Jules, sept ans, entre le 26 janvier 1894 dans le service de M. le professeur Poncet où il occupait à la salle Saint-Philippe le lit n° 17.

A son entrée le malade, très pâle, facies grippé, yeux excavés, avait le type péritonéal. Il est opéré par M. le Dr Villard. On ne trouve pas l'appendice. On incise, il sort environ un demi-litre de pus fétide. On place un drain debout. Gaze iodoformée. Le malade sort guéri un mois après.

Le 28 février 1898, le père du petit malade déclare que depuis les trois ans écoulés son fils n'a ressenti aucune douleur abdominale et qu'il est absolument guéri.

OBSERVATION XXI

due à la bienveillance de M. le professeur PONCET

M... Jacques, dix-huit ans, ébéniste, entré le 27 juillet 1894 dans le service de M. le professeur Poncet, occupait à la salle Saint-Philippe le lit n° 9.

Appendicite à répétition opérée par M. le professeur Poncet sans résection de l'appendice. — Le malade nous écrit le 28 février 1898, quatre ans après, que depuis l'opération il est absolument guéri. Il a repris son travail deux mois après l'opération et, dit-il, « j'aurais bien pu le reprendre plus tôt si j'y avais été obligé ».

OBSERVATION XXII

X... Claude, cinquante-six ans. Entré en juin 1896 dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Philippe, lit n° 12.

Opération pratiquée par M. le Dr Villard. Pas de résection de l'appendice. On place un drain debout, gaze iodoformée. Le malade sort guéri cinq semaines après l'opération.

Le 3 mars 1898, — deux ans après, — le malade nous écrit qu'il a eu une longue convalescence de cinq mois à la campagne. Puis « ses forces » revinrent. Ce qui semble prouver qu'il était dans un état de santé non pas brillant mais que sa faiblesse n'avait aucun rapport avec le procédé opératoire. Absolument guéri depuis.

OBSERVATION XXIII

Due à l'obligeance de M. le professeur PONCET.

X... Paul, quarante ans, cocher. Entré le 4 décembre 1896 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Poncet où il occupe à la salle Saint-Philippe le lit n° 17.

Ce malade est envoyé à la salle Saint-Maurice où il a fait déjà plusieurs séjours pour une bronchite tuberculeuse.

De Saint-Maurice on l'envoie en chirurgie pour des antécédents digestifs aigus ayant commencé subitement il y a dix jours par une crise de coliques. Ces crises à huit jours d'intervalle à deux reprises avaient déjà amené des phénomènes analogues, mais très peu intenses, et le malade n'y avait prêté aucune attention.

Depuis, les douleurs abdominales n'ont jamais cessé. Elles présentent de temps en temps des redoublements violents. Elles sont localisées dans la fosse iliaque droite.

Au début, il y eut des frissons, du tremblement (le malade fait remarquer qu'il a eu la fièvre aux colonies). L'appétit n'a jamais été aboli. Les fonctions digestives se seraient faites régulièrement. Il n'y aurait eu un peu de diarrhée que depuis deux jours.

Actuellement le pouls est assez petit et rapide.

Température 38°5. La langue est saburrale.

Le malade est amaigri. Il présente aux poumons les signes notés dans l'observation ci-jointe.

Examen de la fosse iliaque droite. — L'abdomen souple dans le reste de son étendue présente à ce niveau un vaste empâtement douloureux au toucher et qui fait à jour frisant un relief appréciable à la vue.

Cet empâtement donne par la palpation bimanuelle une sensation de vague fluctuation (?) difficile à apprécier.

Ni rougeur, ni œdème de la peau. Quelques sudamina dues aux applications locales (teinture d'iode, etc.).

Toucher rectal. — En remontant très haut, on suit par le rectum l'empâtement de la fosse iliaque droite.

Le 5 décembre, opération par M. le Dr Villard. Incision classique. Congestion des couches successivement incisées. Pus fétide à odeur intestinale, mal lié, contenant des grains, des grumeaux, des particules solides. Drain debout. Gaze iodiformée.

1^{er} janvier. — Le malade repasse dans son service de médecine.

Le malade, à qui nous avons écrit, nous répond en février 1898 qu'il n'a pas été guéri par l'opération. Son récit nous semble indiquer que deux fistules stercorales se sont ouvertes après l'opération. Ce malade qui était d'ailleurs en traitement chez M. le professeur Lépine pour tuberculose pulmonaire accuse de plus une interminable diarrhée et un affaiblissement croissant. Il n'y a donc pas une simple concomitance entre ses accidents pulmonaires et sa suppuration. Il n'a plus eu cependant depuis l'opération de poussée appendiculaire.

OBSERVATION XXIV

Due à la bienveillance de M. le professeur PONCET

P... Henri, cinquante-huit ans. Entré en mars 1896 dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Philippe.

Malade opéré sans résection de l'appendice par M. le Dr Villard. Drain debout, gaze iodoformée. Sort guéri quatre semaines après l'opération.

Le malade nous déclare en février 1898 que durant un an il n'a rien ressenti d'anormal dans le flanc droit, mais que depuis plusieurs années des douleurs continuelles dans le ventre l'empêchent de travailler. Il a consulté le médecin de son pays qui, dit-il, « ne connaît rien à son mal », « il a attrapé mal aux jambes », « il souffre de partout », ne peut gagner sa vie et voudrait rentrer à l'hôpital. Sa lettre nous semble fournir des détails qui auraient grand besoin d'être vérifiés.

OBSERVATION XXV

Due à la bienveillance de M. le professeur PONCET.

Docteur X..., atteint d'appendicite suppurée avec énorme abcès lombaire, larges incisions en arrière ; drainage. Malade opéré par M. le professeur Poncet le 15 janvier 1894. Guérison définitive depuis lors.

Agé de vingt-neuf ans. A été atteint le 5 décembre 1893 d'accidents appendiculaires aigus avec température oscillant entre 39° et 40°. Traitement médical jusqu'au 15 janvier. A cette date le malade est vu par M. le professeur Poncet qui constate un énorme abcès lombo-iliaque droit d'origine appendiculaire. État général mauvais depuis plus d'un mois. Température en clocher

oscillant entre 39° et 40°. Pleurésie droite de la base remontant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Le même jour, M. le professeur Poncet, assisté de M. le professeur agrégé Jaboulay, pratique après éthérisation une large incision lombaire. Il s'écoule un litre de liquide d'abord séro-purulent, roussâtre, fétide, pas d'odeur fécaloïde appréciable. Large drainage.

A partir de cette intervention, amélioration progressive, cicatrisation complète le 20 avril.

Nous mentionnons dans notre thèse la lettre de M. le docteur X... qui a déclaré être absolument guéri depuis l'opération.

OBSERVATION XXVI

Due à l'obligeance de M. le professeur PONCET.

Appendicite suppurée. Absès iliaque. Incision à ce niveau. X..., âgé de dix ans. A été opéré le 9 décembre 1894, par M. le professeur Poncet. Guérison le 29 décembre, est resté guéri depuis. Revu le 11 mars 1898 guéri.

OBSERVATION XXVII

Due à la bienveillance de M. le professeur PONCET.

Enfant X..., âgé de onze ans, appendicite suppurée, phlegmon iliaque, incision, le 7 juillet 1895.

Parfaitement guéri depuis. Revu le 11 mars 1898.

OBSERVATION XXVIII

Due à la bienveillance de M. le professeur PONCET.

X..., malade de M. le D^r Gros. Incision lombo-iliaque,

pour appendicite suppurée, on enlève un corps étranger. Opéré il y a six ou sept ans.

M. le Dr Gros à qui nous avons rendu visite le 25 avril 1897 nous a déclaré que son malade avait été complètement guéri par l'opération, qu'il menait une existence des plus actives et jouissait d'une très robuste santé.

OBSERVATION XXIX

Due à la bienveillance de M. le professeur PONCET.

X..., âgé de treize ans et demi. Appendicite suppurée opérée par incision simple et drainage le 24 novembre 1895 par M. le professeur Poncet.

Revu le 11 mars 1898. Guéri depuis.

OBSERVATION XXX

Due à la bienveillance de M. le professeur agrégé JABOULAY.

X..., vingt ans, entre à la Croix-Rousse le 11 février 1896.

Pas d'antécédents.

Début il y a neuf jours par douleur dans la fosse iliaque droite, constipation, vomissements. Puis sept à dix selles par jour. A l'entrée ventre uniformément ballonné. Palpation très douloureuse à droite. État général pas très mauvais. Face un peu colorée.

Langue sèche, blanche au centre, rouge sur les bords.

Pouls 110 à 120. Température 39°3.

12 février. — Ventre considérablement ballonné, état général stationnaire.

Température 38°3 le matin.

M. Jaboulay pratique l'opération sans anesthésie, fait une incision oblique dans la fosse iliaque droite dont le milieu

correspond à l'épine iliaque a. s. Écoulement de deux litres de liquide purulent horriblement fétide. On ne pratique aucun lavage. On ne recherche pas l'appendice. On laisse deux gros drains en caoutchouc.

Suites opératoires des plus normales. La suppuration persiste plusieurs semaines, la douleur a disparu, et peu à peu le malade a repris ses forces. Revu six mois après, méconnaissable tant il avait engraisé. Seul persistait un petit trajet fistuleux au niveau de la ligne d'incision. Aucune tendance à l'éventration.

CONCLUSIONS

Partant de cette idée qui paraissait juste à M. le professeur Poncet que la simple incision d'une appendicite suppurée sans résection de l'appendice était le traitement de choix de cette maladie, et qu'une guérison définitive en pouvait être la conséquence, nous avons recherché les résultats éloignés de cette intervention. Nos observations ont porté sur 30 malades anciennement opérés, la plupart appartenant soit à la clinique, soit à la clientèle de M. le professeur Poncet. Nous n'avons considéré comme anciens opérés que ceux chez lesquels l'opération remontait au delà de six mois.

Chez 15 sujets l'opération datait de 6 mois à un an ;

Chez 2	—	—	1 à 2 ans ;
--------	---	---	-------------

Chez 4	—	—	2 à 3 ans ;
--------	---	---	-------------

Chez 2	—	—	3 à 4 ans ;
--------	---	---	-------------

Chez 4	—	—	4 à 5 ans ;
--------	---	---	-------------

Chez 1	—	—	6 à 7 ans.
--------	---	---	------------

Un sujet n'est pas guéri, c'est un tuberculeux. Un autre se plaint aussi de ne pas avoir été guéri, cependant les

douleurs qu'il nous accuse nous paraissent peu en rapport avec la possibilité d'une lésion appendiculaire chronique.

Sur 28 de ces malades que nous avons vus ou dont nous avons eu des nouvelles précises, la guérison s'était maintenue sans rechute, et nous ne dirons pas sans accidents, mais sans incidents appendiculaires. Ces résultats éloignés sont extrêmement intéressants. Ils démontrent que l'incision seule du foyer, opération simple, rapide, innocente, peut donner une guérison définitive aussi bien que l'appendicectomie, opération au contraire, la plupart du temps, difficile, laborieuse, dangereuse lorsque l'appendice n'est pas flottant et lorsqu'il s'agit précisément d'une appendicite limitée, sans péritonite diffuse.

Nos malades comprennent 27 hommes, 3 femmes, ce qui confirme la relative rareté de l'appendicite dans le sexe féminin. Le plus jeune a huit ans, le plus âgé cinquante-huit ans. — L'opération a été pratiquée 16 fois avec l'incision classique de Roux, 2 fois avec l'incision lombo-iliaque, 1 fois avec une incision parallèle au muscle droit. Dans les autres le procédé opératoire n'est pas indiqué.

Cette guérison définitive s'explique suivant M. Poncet par les modifications importantes survenues à la suite des accidents inflammatoires aigus, le plus souvent même compliqués de perforations dans la structure de l'appendice. Par la perforation, en effet, s'éliminent les corps étrangers que cet organe pouvait contenir, et dans tous les cas à un appendice malade avec lésions infectieuses plus ou moins marquées des parois, se substitue un appendice cicatriciel. Il doit se faire là, dans quelques cas, une sorte de résection spontanée de l'organe, tout au moins au

point de vue d'accidents nouveaux qui paraissent conjurés comme après une ablation chirurgicale.

En somme les résultats éloignés de la simple incision du foyer dans les appendicites suppurées assurent une guérison définitive, et la résection de l'appendice malade qui n'est plus seul capable d'assurer la guérison ne doit être pratiquée que lorsqu'elle peut être exécutée aisément et sans aggraver en rien le pronostic.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET

Vu :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

A. PONCET

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

G. COMPAYRÉ
